

Berenice Pérez-Ramírez*

De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad psicosocial a partir de una intervención situada

From the notion of mental disorder to the concept of psychosocial disability based on a situated intervention

Abstract | The objective is to show the findings that we identify from a social work intervention strategy with Maru, who in her daily environment within the Women's Center for Social Reintegration is treated as a woman with dementia, to show how she got involved actively with the work team coordinated by me and made up of 15 students of the last year of the degree in social work, who visited the center during 2019. As a result of this experience, I will discuss some medical notions about dementia, since the perspective to address mental suffering (Galende 2015). Based on this strategy, we identified the relevance of psychosocial and group approaches to understand psychosocial disability and promote significant changes in a woman with dementia. The strategy also allowed us to identify the ways in which the penitentiary institution reinforces a specific femininity. I will detail what do we observe and lived with Maru in three axes: appearance and care, gestural communication and social etiquette, and memory.

Keywords | mental disorder, psychosocial disability, prison, dementia, Mexico.

Resumen | El objetivo de este artículo es mostrar los hallazgos que identificamos a partir de una estrategia de intervención implementada desde trabajo social con Maru, que en su entorno cotidiano dentro del Centro Femenil de Reinserción Social es tratada como una mujer con demencia, para mostrar cómo se involucró activamente con el equipo de trabajo coordinado por mí y compuesto por 15 estudiantes del último año de la licenciatura en trabajo social, quienes visitamos el centro durante 2019. Como resultado de esta experiencia debatiré algunas nociones médicas sobre la demencia, pues no basta la perspectiva mé-

Recibido: 27 de julio de 2020.

Aceptado: 3 de diciembre de 2020.

* Doctora en sociología. Profesora e investigadora en la Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correo electrónico: bereramirez@comunidad.unam.mx

Pérez-Ramírez, Berenice. «De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad psicosocial a partir de una intervención situada.» *Interdisciplina* 9, n° 25 (septiembre–diciembre 2021): 233-256.

doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2021.25.79975>

dica para el abordaje del sufrimiento mental (Galende 2015). A partir de esta estrategia identificamos la relevancia de aproximaciones psicosociales y grupales para comprender la discapacidad psicosocial y favorecer cambios significativos en una mujer con demencia. También la estrategia nos permitió identificar las formas en que la institución penitenciaria refuerza una feminidad específica. Detallaré lo observado y vivido con Maru en tres ejes: apariencia y cuidado, comunicación gestual y etiqueta social, y memoria.

Palabras clave | trastorno mental, discapacidad psicosocial, prisión, demencia, México.

A Maru, porque nuestro encuentro sacudió mi mundo.

Introducción

LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL ha sido definida como una limitación en las funciones de la mente, que pueden desembocar en disfunciones temporales o permanentes afectando la realización de actividades cotidianas (CONADIC 2020). Derivado del modelo social, se define como una restricción de la psique, causada por el entorno social, por la falta de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. En la misma línea, se sugiere que las personas con diagnóstico de trastorno mental han sufrido efectos de factores sociales negativos como son el estigma, la discriminación y la exclusión (Gobierno de México 2016, OMS 2013). Desde una perspectiva médica (APA 2017, OMS 2013), un trastorno mental es un patrón comportamental de significación clínica que se manifiesta en un individuo, los trastornos son una clasificación de categorías no excluyentes, basada en criterios con rasgos definitorios, caracterizados por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales, por ejemplo: trastorno del neurodesarrollo, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, entre otros. La demencia se considera uno de los trastornos mentales prioritarios (OMS 2010).¹

1 Se dice que durante el proceso de envejecimiento se afectan determinadas áreas cognitivas, pero existe una línea divisoria entre este declive fisiológico y la demencia, esta se da cuando dichas alteraciones afectan la funcionalidad de la persona. Desde la perspectiva médica, la pérdida de funcionalidad se da por etapas: primero, aquellas actividades avanzadas (relacionadas con el nivel cultural y social), después las actividades instrumentales (manejar dinero, compras, tareas domésticas, etc.) y, por último, las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, comer, asearse, control de esfínteres, deambulación autónoma). Los criterios diagnósticos mayormente utilizados en la actualidad son los que establece la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM V) (González *et al.* 2017).

El objetivo de este artículo es mostrar los hallazgos que identificamos a partir de una estrategia de intervención implementada desde trabajo social con mujeres que han sido diagnosticadas con discapacidad psicosocial y están internadas en el Centro Femenil de Reinserción Social (CEFERESO) en la Ciudad de México. Me centraré en el seguimiento a una de esas mujeres, Maru, que en su entorno cotidiano dentro de la cárcel es tratada como una mujer con demencia, para mostrar cómo se involucró activamente con el equipo de trabajo coordinado por mí y compuesto por 15 estudiantes del último año de la licenciatura en trabajo social de la UNAM, quienes visitamos el centro durante 2019. Como resultado de esta experiencia debatiré algunas nociones médicas sobre la demencia, pues no basta la perspectiva médica para el abordaje del sufrimiento mental (Galende 2015). A partir de esta estrategia de intervención identificamos la relevancia de aproximaciones psicosociales y grupales para comprenderle, y favorecer cambios significativos en una mujer con demencia. Así también, la estrategia de intervención me permitió identificar las formas en que la institución penitenciaria refuerza una feminidad específica.

La exposición del trabajo está organizada de la siguiente manera: en el primer apartado describiré brevemente cómo se ubica la discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario mexicano. En el segundo apartado, detallaré el proceso metodológico del cual surge este artículo. Posteriormente, narraré las enseñanzas que nos ofreció Maru en tres ejes: apariencia y cuidado, comunicación gestual y etiqueta social, y memoria. Finalmente, el último apartado contiene los aprendizajes encarnados que brindó esta estrategia de intervención.

Antecedentes

En México existen 309 instituciones penitenciarias, 255 destinadas para adultos y 54 para adolescentes. Al cierre de 2018, el total de la población penitenciaria fue de 178,406 personas. De ellas y ellos, el 65.4% estaba sentenciada y el 34.6% estaba como procesada. El 7.2% no contaba con ningún estudio, el 32.4% tenía estudios de preescolar o primaria, el 37.7% contaba con estudios de secundaria, el 14.7% tenía estudios de preparatoria, el 3.1% contaba con una carrera técnica o comercial, el 2.9% había concluido una licenciatura, el 0.1% tenía estudios de maestría, el 0.01% dijo contar con estudios de doctorado, un porcentaje similar (0.01%) no especificó y el 1.8% no se identificó con estudios (INEGI 2020).

En la Ciudad de México se tienen datos más recientes, se consideran 13 centros penitenciarios, 11 varoniles y 2 femeniles. Para septiembre de 2020, había 26,953 personas privadas de la libertad, de este total, el 94.3% (25, 434) son hombres y el 5.6% (1,519) son mujeres. Han recibido sentencia 18,504 personas (68.6%) y aún no la reciben 8,449 (31.3%). En relación con su escolaridad, el 1.85% se de-

claró analfabeta, el 23.49% cursó primaria, el 47.97% contaba con secundaria, el 16.77% había cursado bachillerato, el 1.29% contaba con una carrera técnica, el 6.62% cursó estudios profesionales, el 0.16% cuenta con una maestría y doctorado, el 1.04% dijo estar alfabetizado y el 0.92% mencionó otros estudios (Subsecretaría del Sistema Penitenciario 2020b).

El porcentaje de personas en prisión y que no han recibido sentencia es importante porque da cuenta del uso desmedido de la prisión preventiva y de la lentitud del proceso penal, es un indicador que deja ver la dilación con la cual el sistema penal puede resolver si la persona es o no culpable pero mientras tanto ya vive en encierro. Por otro lado, el dato de la escolaridad se considera un elemento para mostrar que quienes están en la cárcel son sujetos previamente seleccionados con parámetros de clase social y origen etnoracial (Calveiro 2014, Wacquant 2011, Ariza 2011, Soss *et al.* 2011, Azaola y Bergman 2007), a quienes se les culpa por ser pobres y se les contiene mediante el encierro, individualizando su situación, sus actos, y el castigo que se les propina se transforma en “un problema político, enraizado en la desigualdad económica e inseguridad social, en un problema de criminalidad” (Wacquant 2006, 61).

De acuerdo con datos de 2015, en el sistema penitenciario mexicano había 4,476 internos con trastornos mentales, es decir, 1.7% del total de la población penitenciaria, de los cuales 1,054 fueron declarados inimputables.² Para ese momento, había 366 mujeres con discapacidad psicosocial e inimputables y representaban el 8.2%. Del total de personas, el 61% habían sido sentenciadas y un 39% estaban en espera de una sentencia (Sheinbaum y Vera 2016, 26). Observamos que cuando existe una condición psicosocial, la población femenina aumenta y también es notorio que se eleva por casi 15% quienes no han recibido sentencia. A nivel federal, existe el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) ubicado en el estado de Morelos. Para el caso de la Ciudad de México, existen el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI) y las mujeres son enviadas al Centro Femenil de Reinserción Social (CEFERESO). En septiembre de 2020, se contabilizaron 528 personas consideradas con discapacidad psicosocial, 474 (89.7%) son hombres y 54 (10.2%) mujeres (Subsecretaría del Sistema Penitenciario 2020c). Cabe aclarar que podemos suponer que la cifra es inexacta,

2 No todas las personas que son diagnosticadas con trastorno mental son consideradas inimputables. La inimputabilidad y las medidas de seguridad son los instrumentos legales del sistema de justicia penal que se ejercen sobre las personas con discapacidad psicosocial e intelectual que fueron acusadas de cometer un delito y se presume que no comprendieron el carácter ilícito del acto. La principal contradicción de estos instrumentos es que, aunque se descarta la responsabilidad penal de la persona, sí queda sujeta al procedimiento penal, sosteniendo que la pena que cumplirá en cárcel y que se denominará “medida de seguridad”, tiene el carácter de tratamiento, bajo el supuesto de rehabilitarle.

considerando que el encierro potencia sufrimiento psíquico en quien lo experimenta, por tanto, puede existir una condición psicosocial sin que medie un diagnóstico médico que lo avale.

El encierro enferma y los efectos del encierro se rastrean en el cuerpo de las personas. Para el caso de Estados Unidos, se valora que el 10% de los internos tiene una enfermedad mental grave (el condado de Los Ángeles ha sido llamado el hospital psiquiátrico más grande del mundo), en Inglaterra se considera que el 39% de la población penitenciaria presenta una discapacidad psicosocial y en España se dice que el 10% tiene algún trastorno mental grave (Sheinbaum y Vera 2016). En México, es escasa la investigación epidemiológica sobre las tasas de prevalencia de salud mental (Almanzar, Katz y Harry 2015). La mayoría de investigaciones se han realizado a través de pruebas clinimétricas y observamos que no hay abordajes desde enfoques cualitativos. No obstante, contamos con algunos datos en México, Albertie *et al.* (2017) encontraron que en un grupo de personas encarceladas por primera vez, casi la mitad de los encuestados (46.2%) cumplían con los criterios de depresión grave. Esto coincide con lo señalado por Colmenares *et al.* (2017), quienes indican que para el caso de las mujeres, las tasas de depresión se incrementan si presentan largos periodos en prisión. También se sabe que el comportamiento suicida y los actos suicidas en las cárceles se han incrementado en un 275% en los últimos 30 años (Borges *et al.* 2010).

Cuando hablamos de mujeres en prisión, la literatura muestra que hay una correlación entre una alta frecuencia de episodios de abusos sexuales, de maltrato familiar y de pareja con su historial delictivo y las secuelas físicas y psicológicas que acarrearán, entre ellas: abuso de sustancias ilícitas, depresión, agresividad y sobre-medicación. Además, están a cargo de otros integrantes de la familia (hijas/os, padres/madres, personas con discapacidad, etc.) que suma a su angustia e incertidumbre sobre quién cuidará de ellos. Se considera que estas condiciones pueden emerger en depresión, estrés, ansiedad o síntomas psicóticos (Ortiz 2015, Barlow 2014, Boledón 2012, Currie 2012).

Apartado metodológico

El objetivo de este artículo es mostrar los hallazgos que identificamos a partir de una estrategia de intervención de trabajo social con mujeres que han sido diagnosticadas con discapacidad psicosocial y están internadas en el Centro Femenil de Reinserción Social (CEFERSO) en la Ciudad de México, especialmente con Maru, quien en su entorno cotidiano es tratada como una mujer con demencia.

Primero, entre agosto y diciembre de 2018, acudimos, el grupo de práctica de especialización coordinado por mí, a los dormitorios 8 y 9 del CEFERSO y al CEVA-REPSI. Junto con la Universidad de Houston, a través de un convenio con la UNAM,

presentamos un proyecto conjunto desde el trabajo social clínico a la Subsecretaría del Sistema Penitenciario de la CDMX. El objetivo de este proyecto fue trabajar con la población que tiene alguna discapacidad psicosocial en el CEFERESO y CEVAREPSI, realizando un diagnóstico epidemiológico para entender mejor sus condiciones y cuadros clínicos, así como evaluar junto con el personal que trabaja en estos espacios, los conocimientos, destrezas y actitudes con respecto al diagnóstico y tratamiento de personas con discapacidades psicosociales. Se aplicaron dos instrumentos, uno para personas presas y otro al personal. Los colegas de Houston propusieron los instrumentos y nosotras (el grupo de práctica) los aplicamos a 222 personas en el CEVAREPSI (194 personas) y CEFERESO (28 personas). Este proyecto contempló un asesoramiento hacia mí y mis estudiantes sobre el DSM-5 y nos capacitaron en los siguientes temas: sintomatología, clasificación de los trastornos mentales y en la aplicación de distintas escalas clinimétricas sobre ansiedad, ira, depresión, consumo de sustancias, manía, psicosis, trauma, autoestigma y evaluación suicida. A partir de esta experiencia reflexionamos lo siguiente:

- a) Acercarnos al estudio del DSM 5 fue una estrategia para tener una interlocución con la institución y así aproximarnos a la población diagnosticada con discapacidad psicosocial.
- b) En el lenguaje coloquial dentro de la institución, los profesionales se refieren a esta población como “psiquiátrica”, aunque en las comunicaciones oficiales es nombrada en su formato políticamente correcto como población con discapacidad psicosocial. Es decir, la noción de locura en su faz peyorativa sigue prevaleciendo.
- c) Para la valoración de los trastornos mentales de la población, la institución se rige por el DSM 5, pero el personal no especializado en psiquiatría como psicología, trabajo social, pedagogía y derecho, no están familiarizados con esta perspectiva y no se implementan tratamientos acordes con este encuadre.
- d) En la implementación del instrumento comprendí que para algunas personas había un gran alivio cuando podían ponerle un nombre a lo que sentían, pensaban o escuchaban. El diagnóstico a través de una mirada experta les daba cierta certidumbre sobre lo que les pasa y la ingesta de psicofármacos era una posibilidad para sentirse mejor. Al mismo tiempo, el extenso instrumento ignoraba a otras personas. Por ejemplo, si alguien deliraba durante nuestro encuentro no había cabida para su delirio, ni tampoco sobre lo que experimentábamos nosotras al atenderlo. O cuando hacíamos la pregunta una y otra vez y la persona nos respondía serenamente que no entendía, que aquello que preguntábamos genuinamente no era comprendido y no le decía mucho sobre lo que estaba viviendo.

Después de este ejercicio, acudimos únicamente al CEFERESO⁴ con una estrategia distinta. La metodología desarrollada se acercó a los supuestos de la Investigación Acción Participativa (Ortega *et al.* 2019, Urdapilleta y Limón 2018, Paredes y Castillo, 2018) en tanto, propusimos al centro penitenciario una estrategia de intervención, considerada desde trabajo social como un procedimiento organizado para realizar acciones que nos permitan cumplir objetivos, pero también como medios para obtener información en el proceso de investigación más amplio, las acciones que se desarrollan no son lineales sino con cierta flexibilidad porque no hay decisiones *a priori* (Pérez 2017). Me interesaba que las mujeres tuvieran un papel activo, por ejemplo, que las actividades a desarrollar fueran propuestas por ellas. El supuesto del que partía, gracias a la experiencia anterior, era tratarles como sujetos que saben de sí, de su condición psicosocial y del encierro, por tanto, no pretendíamos “darles voz”. En ese sentido, nos ubicábamos como agentes externas que queríamos entrar en diálogo con ellas y accionar en la medida de lo posible una horizontalidad en la propuesta, esta se manifestó a través de nuestra participación en las actividades y no pedirles algo que no podíamos dar. Así, en mayo de 2019, asistimos una vez por semana 4 horas al día (6 sesiones) y entre agosto y noviembre del mismo año, asistimos dos veces por semana 4 horas al día (27 sesiones). Este escrito se centra en analizar lo ocurrido en esta última etapa.

Cabe mencionar, que no se nos permitió ingresar grabadora de voz, así que nos guiamos por las notas de campo, que fueron detalladas y descritas en el diario de campo, realizadas inmediatamente después de salir del centro. En ocasiones hacía un punteo de mis observaciones durante las sesiones al interior del centro penitenciario y también lo hacía cuando quería mantener en mi memoria las frases tal como fueron dichas. Las notas de campo incluyeron descripciones del espacio donde se desarrollaban las actividades, los objetos y personas que estaban presentes, los diálogos y las participaciones verbales que tenían las mujeres, las acciones e interacciones entre ellas, con sus cuidadoras y con nosotras, así como las emociones expresadas. Me interesé por los detalles, si bien todas llamaban mi atención, con Maru tuve un acercamiento peculiar, ella me buscaba tanto como yo a ella.

El Centro Femenil de Reinserción Social está destinado para recibir únicamente a la población femenina sentenciada ejecutoriada, es decir, ya recibieron una sentencia y la están cumpliendo (Subsecretaría del Sistema Penitenciario

3 El CEFERESO fue inaugurado el 11 de mayo de 1976 por Luis Echeverría Álvarez, y en sus inicios funcionó como Centro Médico de los Reclusorios. Desde 1982, se estableció como Centro de Reinserción para albergar a la población proveniente de la cárcel de mujeres de Santa Martha Acatitla. Actualmente, aloja a población femenina señalada como “vulnerable” (Subsecretaría del Sistema Penitenciario 2020a).

2020a). Su población está dividida en nueve dormitorios: las mujeres con una “personalidad menos problemática” (1), mujeres mayores (2), “con problemas de comportamiento” (3), con discapacidad física (4), que consumen sustancias (5), que están intentando dejar de consumir sustancias (6), mujeres con VIH (7), y mujeres con discapacidad psicosocial (8 y 9). Las mujeres con discapacidad psicosocial ocupan los últimos dormitorios, se diferencian entre sí, porque quienes son “más funcionales” en la vida cotidiana están en el 9 y aquellas que requieren más cuidados y son “menos funcionales” están en el 8.

Tanto las mujeres del dormitorio 8 como las técnicas penitenciarias nos comentaron que las primeras han sido diagnosticadas con una discapacidad psicosocial. Aunque nunca tuvimos acceso a sus expedientes clínicos, recopilamos información a través de los propios relatos de las mujeres, de lo que ellas nos compartieron sobre cómo se sentían y nuestras observaciones, todo ello lo contrapunteábamos con textos especializados sobre trastornos mentales y discapacidad psicosocial. Así, registramos que la mayoría de mujeres tienen algún trastorno psicótico (varias de ellas comentaron que les han dicho que tienen esquizofrenia), trastorno depresivo, autismo, discapacidad intelectual, consumo de sustancias, la ideación y comportamiento suicida está muy latente en este grupo de mujeres. Solo Maru fue identificada con demencia sumado a otro diagnóstico que desconocemos (Notas de campo 13/08/18). Sus edades fluctúan entre los 25 y 65 años. Un tercio de estas mujeres han estado varias ocasiones en la cárcel, una de ellas, Emilia,⁴ mencionó que esta era la octava ocasión que ingresaba a la cárcel y con cada ingreso tenía mayores dificultades para volver con su familia al salir (Notas de campo 13/11/19).

Entre las principales problemáticas que enfrentan las mujeres de este dormitorio es que no pueden participar en las actividades generales del centro, especialmente en el centro escolar, así que viven un doble encierro que detona conflictos y problemas entre ellas, se enojan con facilidad, se molestan unas a otras, se aíslan, agreden a quienes consideran más vulnerables y se autolesionan. Este hecho evidencia que su tratamiento no está encauzado únicamente por la comisión de un delito sino por la condición psicosocial, porque usualmente la decisión de aislarles se fundamenta en su comportamiento. No obstante, en nuestras visitas, observamos que el comportamiento está determinado también por ese doble encierro. De acuerdo con datos oficiales del Centro, la población general accede a diversas actividades y el “área de psiquiatría” acude a actividades de

4 Los nombres utilizados son seudónimos para resguardar la identidad de las mujeres. Excepto en el caso de Maru, porque me decanto por nombrarla, ya que gracias a ella y a nuestro encuentro es que surgió la idea central de este texto. Nos oponemos a omitir su nombre e ignorar su paso por este centro penitenciario, consideramos que suma a nuestra apuesta por una experiencia encarnada.

higiene, salud personal, fomento cultural, actividades lúdicas, estimulación a la paciente psiquiátrica, dignificación de áreas comunes e inducción a la vida institucional (Subsecretaría del Sistema Penitenciario 2020a). Sin embargo, en nuestros ingresos observamos que solo se impartían actividades lúdicas (dibujo), eventuales pláticas de Alcohólicos Anónimos y lo que ellas denominaban “la palabra” por parte de un grupo religioso cristiano.

En este espacio se observan aún más restricciones que en población general, ello se puede identificar a través de la infantilización, la amonestación, la observación minuciosa y los permisos, como mecanismos para castigar y controlar a las mujeres. La infantilización consiste en tratarlas como “niñas que no saben” (no saben mantenerse limpias, actuar “correctamente”, sobre su condición y seguir las normas); ante ello, la amonestación es pieza clave para el orden cotidiano, se les regaña por no arreglarse, por no hacer bien la limpieza, por pelear con las demás, por no defenderse, etc. Las mujeres de estos dormitorios están expuestas a una observación minuciosa por parte de las técnicas penitenciarias y la custodia, siendo un espacio pequeño, es difícil escapar a la mirada regulatoria. Es por esta razón que las mujeres adoptan las pautas de disciplinamiento que están normadas en este espacio y en muchas ocasiones se comportan como niñas, también es una forma de pasar tiempo frente a las escasas actividades que se implementan en este espacio. Todo ello incrementa la hostilidad entre ellas y refuerza la idea de que no existe empatía y solidaridad entre mujeres. Con el paso del tiempo, observamos que el doble encierro y hechos específicos las tienen en un estado de tensión latente que muchas veces se transforma en agresión y protesta.⁵

En lo que resta de esta sección detallaré los cambios observados y vividos con Maru en los siguientes ejes: a) apariencia y cuidado; b) comunicación gestual y etiqueta social, y, c) memoria. Estos ejes se retomaron del trabajo de Kontos (2005), quien los plantea para personas con Alzheimer que viven en un espacio asilar en una zona urbana y considero que son pertinentes, tanto por la condición psicosocial que viven las personas con quienes ella trabajó, como por habitar en un espacio de encierro.

⁵ Por ejemplo, Eutiquia intentó suicidarse una semana después de enterarse que su hija de 16 años tuvo un aborto y ella no pudo acompañarla (Notas de campo 11/09/19); Emilia estuvo irritable después de que esperaba a su padre para la visita y nunca llegó, sumado a eso, nadie le informó si le había pasado algo (Notas de campo 21/10/19); Gabriela hablaba menos y se mostraba apática porque no recibía visitas, le informaron que obtendría su libertad y se preguntaba a dónde iría, no sabía si su casa, de la que es propietaria, seguirá siendo su casa (Notas de campo 04/11/19). Castigaron a Bibiana porque quemó sus sábanas, pero lo hizo después de que se quejará por la comida y le quitaron los implementos con los que teje, única actividad que disfruta (Notas de campo 20/11/19).

Apariencia y cuidado

Conocí a Maru el 13 de agosto de 2018, una mujer menuda, blanca y con cabello completamente encanecido. En aquel entonces se mantuvo siempre distante, su mirada era suspicaz, veía hacia donde estábamos pero con cierto recelo. Cuando me acerqué para preguntarle si me podía sentar junto a ella y hacerle unas preguntas, solo me observó e intentó mover la cabeza negativamente. Las cuidadoras dijeron que ella no podía participar en la entrevista porque ya no hablaba. Se observaba descuidada en su aspecto físico. Vestía prendas azules (color que deben vestir las internas) y muy holgadas, el pantalón se le bajaba y en ocasiones le sostenía con sus manos. Permanecía la mayor parte del tiempo sentada pero aislada de las demás. Cuando me acerqué pude percibir olor a orín, tiempo después sus compañeras nos comentaron que ya no tenía control de esfínteres. Carecía de todas las piezas dentales y de cerca, su mirada parecía extraviada. La mano izquierda la tenía inmovilizada y se observaban movimientos repetitivos en su mano derecha. Tenía un caminar lento. En alguna ocasión se le cayó completamente su pantalón, eso nos mostró las dificultades que tenía para realizar movimientos (Notas de campo 03/05/19). También en un inicio notamos que buscaba con cierta desesperación que alguien le diera un cigarro, buscaba fumar constantemente.⁶

Durante el segundo semestre de 2019, cuando las sesiones se hicieron más frecuentes, Maru comenzó a mostrar algunos cambios. En la segunda sesión Maru me dictó el siguiente mensaje: “Lucecita de mi corazón, déjame salir de vez en cuando por favor” (Notas de campo 26/08/19). Luz es una de las técnicas penitenciarias que resguarda esta zona, le pregunté a Maru si quería dárselo a Luz y me dijo que después. En otra ocasión le pidió a una estudiante que le guardara una pastilla que le dieron por la mañana, cabe decir que estaba obligada a tomarla pero no lo hizo, la guardó y de forma encubierta se la dio a Areli, le dijo que no la quería porque la hacía sentirse mal (Notas de campo 04/09/19). En la séptima sesión (Notas de campo, 11/09/19), cuando llegamos, vimos a Maru con el cabello pintado de negro, poco después llegó peinada con dos prendedores, me señaló quién de sus compañeras la había peinado (Notas de campo 18/09/19). Si bien la ropa seguía siendo grande para ella, nunca más observamos que se le cayeran las prendas. Conforme avanzaban las sesiones, observamos que se interesaba por nosotras, nos ofrecía un dulce o un pedazo de pan y si nos negábamos

6 Observé que el fumar en este espacio era muy importante, todas fumaban y varias veces noté que provocaba gran ansiedad no tener cigarros propios y depender de la dádiva de otras para conseguirlo. En una ocasión me percaté que fumar “es un respiro”, de ahí que inhalar y exhalar el humo figura una especie de respiración relajante, lo hacían lenta y profundamente. Cuando hablábamos sobre temáticas como locura, violencia y familia o había un incidente importante, buscaban fumar más (Notas de campo 09/10/19).

ella insistía en que debíamos comer. Al final de nuestras visitas, la vimos portar unos zapatos con lentejuela, eran unos zapatos singulares porque la mayoría de mujeres usa zapatos deportivos, observé que le quedaban grandes pero los mostraba orgullosa (Notas de campo 28/08/19), cuando le señalé que estaban bonitos, sonrió ligeramente.

Hoy la sesión fue sobre "los espejos": con el objeto espejo, un autorretrato y el "espejo interior" como una técnica de relajación [...] Maru no quería verse, cuando se vio se asustó, abrió sus ojos y lo alejó de inmediato, decía que se veía muy vieja, después no quiso participar más en la actividad (Notas de campo 07/10/19).

Maru nos mostró que ella conservaba nociones sobre la "belleza femenina" y de cuidado: pintarse el cabello, colocarse prendedores, usar zapatos vistosos y coloridos. Verse en el espejo le devolvió una imagen difícil y con la que se sintió incómoda, actuó en consecuencia al dejar la actividad. El cuidado que buscaba para sí se mostró con la caída del pantalón porque no fue ignorado por ella, todo lo contrario, buscaba con la mirada quién la podía ayudar, fue así, como su mirada se encontró con la nuestra (de Paola y mía), nos levantamos y nos dirigimos hacia ella. Mientras una le levantaba el pantalón, la otra le tomaba las manos para sostenerla. Durante el acto, no mediamos una sola palabra, pero ella nos transmitía que era una situación incómoda, estaba rígida y fría. También cuando se negó a tomar el medicamento que la hacía sentirse mal y sabía que debía hacerlo veladamente. El cuidado hacía las demás se mostraba con el ofrecimiento de comida. Al final de nuestras visitas, observamos que Maru ya no tenía el mismo nivel de incontinencia, había subido un poco de peso, se le observaba más erguida, se mantenía cerca de nosotras y disminuyó su consumo de tabaco.

Comunicación gestual y etiqueta social

En este centro penitenciario todo mundo dice saber algo de Maru, tiene 27 años en la cárcel, pocas mujeres tienen tanto tiempo en el CEFERESO. En alguna ocasión, una mujer de población general me comentó que era muy buena idea visitar a las mujeres del dormitorio 8 pues siempre estaban solas "ya ves, como Maru, 27 años aquí y su familia ya la abandonó y eso que su familia es rica, de dinero, pero ya la dejaron aquí" (Notas de campo 04/09/19). Este señalamiento nos explicó un poco más las condiciones en las que estaba Maru. Notoriamente era quien estaba más afectada por la cárcel, rastros de un envejecimiento prematuro, tenía dificultades para hablar, para comunicarse y en ocasiones deliraba. Sumado a la nula visita del exterior, entre sus compañeras no contaba con amigas, como sí se ob-

servaba entre otras mujeres. En una ocasión notamos que la mujer más llamativa de este dormitorio, juguetona y que incluso infundía miedo en otras, sin motivo alguno tomó un plumón y comenzó a pintarle la cara. Quienes estábamos ahí quedamos estupefactas porque nos tomó por sorpresa. Maru estaba enfurecida, se notaba porque intentaba elevar los brazos y tenía el ceño fruncido pero no lograba poner distancia. Paola y yo le reclamamos a aquella mujer que asumió la repri-menda, primero dijo que era una broma intentando minimizar el acto y después se disculpó con Maru, quien alcanzó a levantarse del asiento y retirarse.

En la primera fase de nuestros ingresos la comunicación con Maru fue básicamente gestual. No fue algo que dispusimos conscientemente pero fue muy potente. Sutilmente asumimos lo que ella nos propuso para comunicarnos, fue a su ritmo porque eran sus gestos los que nos marcaban la pauta para dialogar y esta forma nos acercó con ella de una manera peculiar. “Los gestos, los movimientos del cuerpo, las extremidades, las manos, la cabeza, los pies y las piernas, las expresiones faciales (sonrisas, ceños fruncidos), el comportamiento de los ojos (parpadeo, guiño, dirección y longitud de la mirada y la dilatación de la pupila) y la postura conllevaban implicación y significado” (Kontos 2005, 835). Por ejemplo, me di cuenta que la dilatación de su pupila me indicaba cómo estaba ese día en relación con la medicación que le administraban de forma obligatoria.

En varias ocasiones, Paola me comentó que le parecía que Maru había estado expuesta a un ambiente de clase burguesa, cuando le pregunté por qué decía eso, me respondió que se movía con gracia y que tenía ciertas expresiones faciales que denotaban un refinamiento, como cuando cerraba los ojos para mirar hacia otro lugar. Cuando las sesiones fueron más frecuentes, observé que ella nunca decía groserías, ni utilizaba términos del lenguaje “canero” (jerga carcelaria). Aunque hablaba poco, la elección de lenguaje se manifestaba. Con nuestra llegada en agosto establecimos un ritual, siempre nos saludábamos con un beso en la mejilla entre todas. Maru comenzó a hacerlo a partir de la tercera sesión, incluso nos esperaba a la entrada, nos tomaba de las manos y nos daba el beso en la mejilla atendiendo al ritual establecido y para entablar cercanía con nosotras. Así fue como aprendimos a identificar cuando Maru estaba incómoda, cuando estaba sobremedicada o cuando estaba interesada. En estos encuentros y después del saludo, Maru llegó a comentar frases como las siguientes: “ya me voy a morir” (Notas de campo 04/09/19), “no sé cuándo van a venir por mí” (Notas de campo 09/10/19), “¿te quedarás a vivir aquí?” (Notas de campo 30/10/19). Estas frases eran precisas en torno al encarcelamiento y la soledad. Si comentábamos sobre estas frases, ella miraba hacia otro lado, se retiraba o nos decía otra cosa. La mirada era muy importante para atenderle pero también para iniciar y fortalecer nuestro encuentro.

Cuando entré al dormitorio 8, la primera en la fila era Maru, la abracé y me dio un beso en la mejilla, me tomó de las manos y mirando hacia afuera a través de la reja, me dijo “creo que ahí viene tu familia”. Al inicio me desconcerté, dudé sobre lo que había escuchado, miré hacia afuera como ella, en segundos conjunté la frase con su mirada triste, se me hizo un nudo en la garganta (Notas de campo 04/11/19).

“Los sistemas gestuales unen cuerpo y espacio a través de prácticas socialmente codificadas, formando un sistema de articulación que remite [a la] noción de incorporación” (Aguilar 2014, 335), esto explica que los gestos de Maru nos daban pauta para la interacción, porque nos interpelaban. Maru daba cuenta de su conocimiento sobre las convenciones sociales para la interacción con las otras, por ejemplo, me percaté que al reunirnos ella llegaba con su silla, la arrastraba. Me acerqué y le dije que no era necesario que trajera su silla que ya habíamos colocado varias y podía tomar la que quisiera, ella me dijo “no, esta es mía”. Después preparamos un “cine debate”, llevamos un película que se transmitió en la pantalla del dormitorio, colocamos las sillas para que se sentarán y nuevamente Maru llegó con su silla, ahí me di cuenta que cuando decía “esta es mía” se debía a que esa silla tenía un cartón para cuando se hacía pipí y, en esa segunda ocasión, también nos mostró que sabía sobre el olor que desprendía. Es decir, sabía de la incomodidad que generaba ese olor en las demás, consciente de ello pero además en una extraordinaria muestra de cortesía, buscaba sentarse a una distancia propicia para ver la película y al mismo tiempo no incomodar a las demás (Notas de campo 13/05/19).

Memoria, como un devenir encarnado

Maru comenzó a hablar cada vez más. Preguntas como esta: ¿te gustaría morir aquí? (Notas de campo 13/11/19), no eran preguntas sin sentido, son cuestionamientos que resuenan en una prisión. También empezó a quejarse de quienes la lastimaban y acusaba a quienes la molestaban. Quizá el momento más estremecedor fue cuando comenzó a recordarse.

Hoy Maru dijo cosas importantes “ya no pertenezco a la familia Garza”, en un primer momento entendí “García”, pero como tenía las constancias, busqué su nombre y se llama María Eugenia G. V. (...) nunca nos ha dicho su nombre completo, ni tampoco su edad (...) dijo que le gustaba visitar el Centro y la Avenida de los Insurgentes (Notas de campo 25/11/19).

En un ejercicio que consistió en escribir cuáles eran nuestros recuerdos más agradables, Paola —una estudiante con quien Maru fue muy cercana— estuvo

con ella para apoyarla escribiendo sobre sus mejores recuerdos. Maru no dijo nada por varios minutos. Paola le preguntó una vez más si quería que escribiera algo y Maru dijo que no. Ambas se quedaron en silencio por varios minutos. Hasta que Maru dijo “me gustaba mucho ir a Hidalgo, nos recibían personas muy buenas”, Paola le preguntó ¿con quién ibas? Y Maru dijo “con mi hermano”. Después remató diciendo “a mí me decían niña fresa” (Notas de campo 30/10/19). Esta expresión da cuenta de un contexto sociocultural específico. En México, la expresión “niña fresa” refiere a una mujer que tiene una posición destacada y diferenciada de las demás, especialmente dada por su clase social, aunque también la frase alude a quienes aspiran a ser de otra posición y actúan como si lo fueran. Cuando hizo ese señalamiento, algunas imágenes adquirieron sentido: la manera en que se desenvolvía, gesticulaba, hablaba y lo que se contaba de ella coincidía con ese término que recordó para definirse.

Después de esto, ocurrieron varios momentos clave. El primero, fue cuando el grupo propuso llevarle a Maru unos pañales desechables porque en el centro no le ofrecían nada para la incontinencia, si bien había disminuido, observamos que a veces le era difícil acudir al sanitario, así que unos pañales para adulto podrían ayudarle. Se compraron y se llevaron. Al momento de entregárselos, agradeció la acción pero sugirió que para la próxima ocasión le lleváramos pañales de otro color (no rosas como en esa ocasión) para que no se le notarán por debajo de la ropa. Esto fue significativo por el agradecimiento pero también por el señalamiento y la búsqueda de intimidad, evitar que el pañal se transparentara, más que como un asunto de etiqueta social puede ser visto como “no tienen por qué saber que lo porto”. El segundo momento, fue cuando realizaba una actividad con ella, consistía en escribir en pequeños trozos de papel, frutas que le gustan y actividades que disfruta, después se tenían que pegar en su cuerpo. Le pregunté si quería que se los pegara y respondió que sí. En algún momento, intentó quitarse el suéter que llevaba puesto y le dije que si lo hacía me permitiera quitarle primero los pedazos de papel, en ese momento ella dijo que no, que entonces se dejaba el suéter. Esto me pareció importante porque su participación era activa, se implicaba con lo que realizábamos y cada vez se esmeraba más. El tercer momento fue cuando el grupo dispuso hacer un sociodrama, se nos eligió a varias personas para pasar al frente, la situación la propusieron las mujeres del dormitorio 8 y consistía en escenificar el momento en que una interna no quiere hacer su comisión de limpieza, por tal razón, la custodia (“la jefa”) regañaría a esa interna y el resto fungirían como sus amigas quienes le aconsejarían que no se quejase más y que hiciese su comisión para que no la castigasen. Me designaron para representar a la interna. Iniciamos el sociodrama, todas ejecutando nuestro papel, Maru también pasó al frente, estaba a mi lado y no hablaba, solo observaba. La parte final era donde las demás intervenían como amigas. Casi al

final del ejercicio, Maru, con un tono de voz más alto que de costumbre, dijo “sí, haz tu limpieza para que no te regañen”. Todas vimos a Maru con cierta sorpresa y después el público aplaudió, Maru sonreía.

En este proceso de intervención identificamos cómo el malestar que encarnaba Maru al inicio de nuestro encuentro, pudo ser desplazado por la presencia, la proximidad, la escucha, el afecto y la atención a su singularidad. Ello no quiere decir que el malestar desapareció, pero sí que la recuperación de su voz pasó por el encuentro y reconocimiento de nuestros cuerpos, inherentes de todo proceso de subjetivación. De ahí que consideramos que violentarla, distanciarla, excluirla e ignorarla fue tierra fértil para el proceso de desubjetivación en que la encontramos al inicio. Paulatinamente, este acompañamiento incidía en la recuperación de su albedrío: quejarse, señalar, participar, elegir y alzar la voz. A continuación, mencionaré algunos de los aprendizajes más importantes de este proceso.

Aprendizajes encarnados

Durante este tiempo, me percaté que aquello que se define como discapacidad psicosocial no alude únicamente a la mente, sino que es una experiencia corporal donde no existe una clara división entre mente y cuerpo (García y Sabido 2014; Esteban 2013; Muñiz 2010). Con esta estrategia de intervención, confrontamos algunos aspectos de la definición hegemónica de trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (APA 2017). Desde este enfoque se sugiere que los trastornos van asociados con un estrés significativo o una discapacidad, pero gracias a la cercanía con Maru, observé que los pensamientos, emociones y comportamientos son un todo que se experimentan relacional y corporalmente. En todo caso, aquello que pueda ser identificado como disfuncional está íntimamente ligado al contexto que encarna el sujeto. Por ejemplo, puede parecer disfuncional que Maru dejara de hablar, tuviera incontinencia y no recordara ciertas cosas. No obstante, se puede comprender en el contexto de omisión y violencia al que ha estado expuesta durante 27 años.

Desde una perspectiva médica, en la demencia, la pérdida de memoria es un elemento nodal para establecer su diagnóstico. A partir de la revisión de estructuras involucradas las demencias se clasifican en corticales (Alzheimer, demencia frontotemporal y atrofas corticales asimétricas) y sub-corticales (demencia por cuerpos de Lewy, Parkinson, páralisis supranuclear progresiva, demencias vasculares, Creutzfeldt-Jakob, neurosífilis, encefalopatías tóxicas, depresión, demencia postraumática, entre otras) (González *et al.* 2017). Cognición y memoria son

cuestiones que atraviesan nuestra noción de sujeto en la cultura occidental, es decir, lucidez, comunicación clara y “tener memoria” son principios para afirmar que hay sujeto. El dualismo mente–cuerpo se hace patente en la evaluación diagnóstica de las demencias porque con la pérdida de memoria parece que solo hablamos de una afectación neurocognitiva.

Uno de nuestros hallazgos fue apreciar que cuando pusimos proximidad, escucha y atención a su singularidad, Maru pudo vehicular su significado y retrotraer sus experiencias como una memoria encarnada y contravenir la idea de que con la demencia hay borramiento del sujeto, su cuerpo recordaba y nos lo mostró a través de sus movimientos, su gestualidad, la elección del lenguaje, entre otras cuestiones. El deterioro cognitivo no implicó una pérdida de sí misma como si fuese borrada de tajo. Esta intervención mostró los límites del modelo médico para la comprensión de lo que denominan trastorno mental y nos desplazamos al modelo social para acercarnos al concepto de discapacidad psicosocial.

El concepto de discapacidad psicosocial surge del empuje del modelo social de la discapacidad (Ferreira 2008, Palacios 2008, Oliver 1998), desde el cual se enfatiza que la discapacidad no está en el cuerpo sino que es una producción social, relacionada con contextos sociohistóricos específicos, es decir, la discapacidad no es del orden de lo natural sino del orden de lo social y, por tanto, para lograr la emancipación de las personas con discapacidad no se requieren medidas individuales sino transformar las sociedades. No obstante, la permanencia y potencia de la idea del déficit, en este caso la demencia u otras condiciones psicosociales, se hace patente porque al ser una expresión inapelable de lo que está fuera de lo normal, pone en tela de juicio la constante pretensión de normalidad (Yarza, Sosa y Pérez 2019).

Además, la afectación neurocognitiva es mucho más compleja. Se dice desde la mirada médica (González *et al.* 2017) que la demencia implica una pérdida de la funcionalidad por etapas: primero aquellas actividades avanzadas, relacionadas con el nivel cultural y social, después las actividades instrumentales y las actividades básicas de la vida diaria. Maru mostró prácticas relacionadas al concepto de “belleza femenina”, prácticas de cuidado, el amplio uso de la comunicación gestual, nociones sobre la etiqueta social y la reconstrucción de su historia. Después de varias sesiones de acompañamiento en las que fortalecimos nuestro vínculo, Maru recordó que la definían como una “niña fresa” y no fue necesario que nos explicara por qué, ya que es una expresión que da cuenta de un contexto sociocultural específico y sabía que lo compartíamos.

Esto fue posible a partir de la estrategia de intervención, entendida como experiencia encarnada, es decir, pensar e interactuar con y desde el cuerpo, porque así se genera sentido y se toma posición a partir de la vulnerabilidad y la intimi-

dad donde se producen nuestras relaciones con los otros y con el mundo (Cortés 2013). En trabajo social se suele concebir la intervención como una acción racional, objetiva y con propósitos claros. El trabajo de campo emprendido ha abonado a replantear esta noción de intervención, ya que la experiencia encarnada supone una forma de conocimiento desde la experiencia manifiesta en la carne, en el cuerpo, ello implica no centrar todo en la cognición y memoria pues las formas de conocimiento no solo son textuales, sino sensoriales y sociales (Aguilar 2014, Esteban 2013). El concepto experiencia encarnada deviene de la articulación del concepto memoria incorporada (Fassin 2016) y el de individualidad encarnada (Kontos 2005), que indica que el cuerpo no es una tabula rasa, ahí se libran procesos reflexivos, tiene una habilidad inherente para aprender y vehicular significado, así las personas definimos marcos de sentido a través de la vestimenta, gestos, movimientos y los modos de llevar al cuerpo según el género, la clase o la edad (Kontos 2005, García y Sabido 2014).

Fue necesario dejar de lado una explicación médica y patologizadora de las condiciones psicosociales para acercarnos y analizar de una manera más global la articulación de los comportamientos con los contextos “se trataría de integrar en el análisis de la persona el cuerpo como un espacio de integración de la razón, el deseo, la emoción y el sentimiento” (Esteban 2013, 108). Además, fue relevante plantear una estrategia de intervención con perspectiva de género, asumiendo que las mujeres están ubicadas en el espacio carcelario —como en otros espacios sociales— en una posición subalterna: por ser mujeres, por estar presas, ser pobres y tener una condición psicosocial, en este sentido, la propuesta planteaba el apoyo implícito y explícito hacia las mujeres, se trató de una contestación colectiva para estar con ellas, contenerlas y apoyarlas (Esteban 2013).

Identificar las diferencias del espacio donde están las mujeres y el espacio que ocupan los hombres en el sistema penitenciario, nos permite afirmar que el tratamiento penitenciario no es el mismo para mujeres y hombres con discapacidad psicosocial. Para el caso del CEFERESO es un anexo, por eso las mujeres del dormitorio 8 experimentan un doble encierro, muy pocas reciben visitas y estas no son periódicas, las autoridades no organizan actividades para esta sección de la cárcel y observamos que todas están sobremedicadas (deambulan por el pequeño espacio, duermen en el piso, tienen dificultades para concentrarse, etc.). Por su parte, el CEVAREPSI es un centro penitenciario, casi la mitad de ellos reciben visitas y el centro dispone de un espacio similar a un auditorio para encontrarse con sus familiares y amigos, tienen un taller de carpintería, una espacio de hidroponía, una cancha con canasta de basquetbol, ellos son quienes limpian, cocinan y organizan su comedor y tienen un centro escolar. Así observamos que la prisión normaliza un orden de género, en el que mujeres y hombres se clasifican como distintos y se aplica un trato desigual, donde los sujetos femeninos

serán sometidos (aún más) a la escasez, la violencia y los mecanismos disciplinadores (Almeda y Di Nella 2017; Constant 2016; Juliano 2009).

El tratamiento penitenciario dirigido hacia las mujeres es un programa de re-feminización compulsiva (Spedding 1999) que somete a las mujeres a una serie de normas institucionales con el fin de que cumplan su condena. Si la feminidad es el proceso a través del cual las mujeres se convierten en tipos específicos de mujeres (Skeggs 2001), en la cárcel se enfatiza un tipo de mujer buena y correcta, se supone que para ello servirá la pena y así se acercarán al proceso de reinserción: “la maternidad, el matrimonio, la fidelidad al compañero de una, el lavado, la limpieza, la cocina, incluso arreglarse el pelo, son los elementos de un mecanismo opresivo y totalmente reaccionario” (Spedding 1999, 205), con el cual se evalúa si son buenas mujeres y, en esa medida, se acercan a la reinserción. Esto está estrechamente vinculado con la clase social. La feminidad aprobada institucionalmente es la que se ciñe a una feminidad burguesa, porque involucra el aseo personal, un maquillaje discreto, ademanes suaves, no usar palabras altisonantes, mostrarse cariñosas, ser heterosexuales, ser contenidas sexualmente y buenas madres, así se evalúa su buen comportamiento (Romero 2017). “A través del «tratamiento penitenciario», la «feminidad de clase» es incentivada y premiada” (Romero 2017, 254).

Parece que Maru, al ingresar a prisión, tenía a su favor ser blanca y de clase burguesa. No obstante lo que le jugó en contra desde un inicio fue el delito: matricidio. Esto fue mencionado por una de sus cuidadoras en forma despectiva, aún ahora este hecho la sigue marcando porque contraviene los principios de “una buena mujer”. A lo largo de su estancia en prisión, la balanza se invirtió: el ser mujer mayor, no tener visitas ni amistades al interior, llevar más de 20 años encerrada y ser etiquetada como una mujer con discapacidad psicosocial y demencia, la coloca en un rango inferior dentro del CEFERESO. La edad, el género, la discapacidad y el abandono (que la conduce directamente a una clase subalterna), la colocan ahí, con las mayores desventajas. Maru encarna el abandono que experimentan muchas mujeres en la cárcel: “[el] abandono no solo representa la falta de acompañamiento afectivo, sino también tiene impacto sobre los capitales que ellas pueden acumular y que les son necesarios para poder afrontar las condiciones que se les presentan estando recluidas” (Romero 2017, 248).

A Maru también le juegan en contra la apariencia y el comportamiento dentro de la institución penitenciaria, quizá en otro contexto provocaría otras emociones como ternura o compasión, en la cárcel representa para las demás esa imagen indeseable de abandono y locura en encierro sin posibilidades de reinserción. Como ocurrió cuando ella se observó en el espejo.

El espejo confirma si la apariencia es convincente o no; si el género está en su lugar. Pero también confirma el valor y el lugar de una en el esquema corporal [...] Esta eva-

luación está encerrada en sistemas de capital simbólico valorados de manera diferente que atribuyen valor de cambio, permitiendo que algunos cuerpos estén autorizados y otros no (Skeggs 2001, 22-24).

Alguien lanzó la pregunta ¿Quién es el peor enemigo de una mujer? Maru respondió de inmediato ¡El espejo! (Notas de campo 30/09/19).

Las personas no simplemente tienen experiencia, “ganan” experiencias y los costos se observan en sus cuerpos (Sider 1997). La experiencia de la discapacidad psicosocial no es un hecho individual sino que se forma socialmente y se reforma continuamente, nombra los resultados cambiantes que se dan en la vida de una persona, así como sobre la enseñanza y el aprendizaje del comportamiento “apropiado” en un contexto determinado. La experiencia del sufrimiento, al ocurrir en contextos culturales, está conformada por significados sociales, es decir, las experiencias corporales, los síntomas y los relatos de malestar o enfermedad son experiencias relacionales (Pires 2018). En el encuentro con Maru, y especialmente cuando pasamos tiempo juntas, la percibí como un cuerpo que se había derrotado y fue así porque “[la] pobreza y la irregularidad inducen privaciones, producen problemas, obstaculizan tratamientos” (Fassin 2005, 213). La descomposición del cuerpo manifiesta lo que no se posibilita, por ejemplo, su larga espera en prisión:

[...] la dominación opera cuando unos se rinden ante el poder de otros; y se vive como un tiempo de espera [...] estas prácticas del Estado imparten educación política o cursos intensivos diarios acerca del funcionamiento del poder a los sectores pobres. Los habitantes urbanos pobres aprenden a ser pacientes del Estado [...] Dado que se ven recurrentemente forzados a cumplir y obedecer los mandatos del Estado, los habitantes pobres de las ciudades reciben a diario una sutil lección de subordinación política (Auyero 2013, 19-25).

El encierro establece una repetición mortificante que educa corporalmente hablando y así se subjetiva el lugar que se ocupa en la sociedad. En el caso de Maru, la omisión y violencia cotidiana le hicieron encarnar la falta en muchos sentidos, con efectos duros y duraderos sobre sí misma y su relación con el mundo. Maru mostró algunas estrategias de contrapeso al encierro, por ejemplo, tomar distancia para no ser violentada, dejar de hablar para no interactuar, fumar para darse un respiro y comer cada vez menos para dejarse morir. Fue así, porque su cuerpo, con el paso del tiempo, fue reducido a su sustrato orgánico-corporal y esa vivencia de *nuda vida*, es una vivencia carente de toda protección que no merece ser vivida (Mendiola 2016).

Consideraciones finales

El cuerpo y la afectividad nos permitieron resignificar la demencia más allá de la mirada médica, comprender la cognición y la memoria como campos que también se afectan por la experiencia encarnada de cercanía, afecto, escucha y atención, en contraposición con aquellas relacionadas con la violencia, el desapego y la omisión. Maru nos mostró que si bien se había sumergido, no hablaba, tenía incontinencia, deliraba, parecía no recordar nada, etc., ello devenía en buena medida por el distanciamiento, la violencia y la omisión. También nos mostró cómo emergió, comenzó a recordarse y su cuerpo se transformó a partir del cuidado, el contacto, la cercanía y la atención; en resumen, a partir de reconstruir poco a poco el lazo con otras personas. Entonces, la discapacidad psicosocial no solo alude a la mente, sino a los afectos y a los lazos corporales.

Con la estrategia de intervención implementada, confrontamos algunos aspectos de la definición hegemónica de trastorno mental y observamos que los pensamientos, emociones y comportamientos son un todo que se experimentan relacional y corporalmente. En todo caso, aquello que pueda ser identificado como disfuncional está íntimamente ligado con el contexto que encarna el sujeto. El concepto de discapacidad psicosocial surge del empuje del modelo social de la discapacidad que muestra que la discapacidad no es del orden de lo natural sino del orden de lo social. No obstante, yendo más allá, reconocemos la permanencia y potencia de la idea del déficit, en este caso la demencia u otras condiciones psicosociales, se hace patente porque al ser una expresión inapelable de lo que está fuera de lo normal, pone en tela de juicio la constante pretensión de normalidad.

Entendimos el proceso de investigación e intervención como experiencias encarnadas, pues implican pensar e interactuar con y desde el cuerpo, en nuestra relación con los otros y con el mundo. La cercanía que nos permitimos Maru y yo durante este tiempo generó un gran afecto entre ambas. El profundo dolor que sentí no se correspondía con el marco de sentido instalado por el espacio carcelario y el espacio académico, para mí representó movilizarme emocional y corporalmente, además de interrogarme sobre aspectos personales y profesionales importantes. También sentía culpa porque me angustiaba pensar qué pasaría con ella al terminar nuestras visitas. En nuestro encuentro pude experimentar en mi propia carne la potencia del vínculo, con sus distintas —y a veces contradictorias— aristas y fases. ■

Referencias

Aguilar Díaz, Miguel Ángel. 2014. Corporalidad, espacio y ciudad: rutas conceptuales. En Adriana García Andrade y Olga Sabido Ramos (oords.), *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea*, México: UAM, , 317-346.

- Albertie, Ariel, Bourey, Christine, Stephenson, Rob y Bautista-Arredondo, Sergio. 2017. Connectivity, prison environment and mental health among first-time male inmates in Mexico City. *Salud Pública Mundial*, 12 (2): 170-184.
- Almanzar, S., Katz, C. y Harry, B. 2015. Treatment of mentally ill offenders in nine developing Latin American countries. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3): 340-349.
- Almeda Samaranch, Elisabet y Di Nella Dino. 2017. Mujeres y cárceles en América Latina. Perspectivas críticas y feministas. *Papers; Revista de Sociología*, 10 (2): 93-102.
- American Psychiatric Association. 2017. *Suplemento del 'Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales'*, 5a ed. https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf (Consultado: 15 de octubre, 2020).
- Ariza, Libardo. 2011. Datos sin números. Un acercamiento al orden social de la cárcel modelo. *Revista de Derecho Público*, 26: 1-21.
- Auyero, Javier. 2013. *Pacientes del Estado*. Argentina: EUDEBA.
- Azaola, Elena y Marcelo Bergman. 2007. Las condiciones de vida en las cárceles mexicanas. *Nueva Sociedad*, 208: 87-97.
- Barlow, Elise. 2014. *Understanding women in prison: A review of gender specific needs and risk assessments and their policy and research implications*. USA: Portland State University.
- Boledón González, Encarna. 2012. La violencia contra las mujeres en situación de prisión. *Revista Emerj*, 15 (57): 111-129.
- Borges, Guilherme, Orozco, Ricardo, Benjet, Corina y Medina-Mora, María Elena. 2010. Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex*, 52(4): 292-304.
- Calveiro, Pilar. 2014. Hacia el vaciamiento de los cuerpos: el encierro en México. En Aguiluz Ibargüen, Maya y Pablo Lazo Briones (coords.), *Corporalidades*, México: UNAM-CEIICH, 353-380.
- Colmenares, B. E., Romero, M. M. P., Rodríguez, R. E. M., Durand-Smith, A. L. y Saldívar, H. G. J. 2017. Female depression and substance dependence in the Mexico City penitentiary system. *Salud Mental*, 30 (6): 53-61. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=16269>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. 2020. *Salud mental y discapacidad psicosocial*. <https://www.gob.mx/conadis/articulos/salud-mental-y-discapacidad-psicosocial> (Consultado: 15 de octubre, 2020).
- Constant, Chloé. 2016. Pensar la violencia de las mujeres. La construcción de la figura delincuente. *Revista Política y Cultura*, 46: 145-162.
- Cortés Severino, Catalina. 2013. El diario como práctica narrativa y visual. En Cas-

- tillo Ballén, Sonia (ed.), *Investigaciones sobre el cuerpo. Relatorías del encuentro "El giro corporal"*. Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas y Facultad de las Artes–ASAB, 44-59.
- Currie, Brogan. 2012. *Women in prison: A forgotten population?* United Kingdom: Glasgow Caledonian University.
- Fassin, Didier. 2005. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes. *Educação, Porto Alegre*, XXVIII (2): 201-226.
- Fassin, Didier. 2016. *La fuerza del orden. Una etnografía del accionar policial en las periferias urbanas*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Ferreira, Miguel. 2008. Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 124: 141-174.
- Galende, Emiliano. 2014. *Conocimientos y prácticas de salud mental*. Argentina: Lugar editorial.
- García Andrade, Adriana y Olga Sabido Ramos (coords.). 2014. *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea*. México: UAM.
- Gobierno de México. Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos. 2016. *Glosario de términos sobre discapacidad*. https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Generales/1glosario_discapacidad.pdf (Consultado: 15 de octubre, 2020).
- González, Rosa et. al. 2017. Demencia. *Panorama actual del medicamento*, 41 (405): 627-633.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2020. *Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario estatales 2019. Presentación de resultados generales*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/cngspspe/2019/doc/cngspspe_2019_resultados.pdf (consultado: 15 de octubre, 2020).
- Juliano, Dolores. 2009. Delito y pecado. La transgresión en femenino. *Revista Política y Sociedad*, 46 (1 y 2): 79-95.
- Kontos, Pia. 2005. Embodied selfhood in Alzheimer's disease. Rethinking person-centred care. *Dementia*, 4(4): 553-570.
- Mendiola Gonzalo, Ignacio. 2016. El dispositivo de la captura: espacios y cuerpos bajo el signo de la excepcionalidad. *Athenea Digital*, 16 (1): 83-111.
- Múñiz, Elsa. 2010. Las prácticas corporales de la instrumentalidad a la complejidad. En Muñiz, Elsa (coord.), *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas*. México: ANTHROPOS y UAM, 17-50.
- Notas de campo. 2016-2019. Discapacidad, género y prisión Proyecto de investigación de Berenice Pérez Ramírez en la Escuela Nacional de Trabajo Social. ENTS, UNAM, México.

- Oliver, Michael. 1998. ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En Barton, Len (comp.), *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Organización Mundial de la Salud. 2010. *Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales*. https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/es/ (Consultado: 16 de octubre, 2020).
- Organización Mundial de la Salud. 2013. *Plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D899B1054C4040C63441CDF65D639C74?sequence=1 (Consultado: 15 de octubre, 2020).
- Ortega Ibarra, Ilse, Ortega Ibarra, Edú y Hernández Jiménez, Andrea. 2019. Investigación de acción participativa ¿Una alternativa de investigación o una estrategia de solución? *Universita. Ciencia*: 61-70. https://www.researchgate.net/publication/330509038_LA_INVESTIGACION_DE_ACCION_PARTICIPATIVA_UNA_ALTERNATIVA_DE_INVESTIGACION_O_UNA ESTRATEGIA_DE_SOLUCION
- Ortiz Toledano, Virginia. 2015. *Una aproximación a la desigualdad de género en prisión*. España: Universidad de Jaén-Facultad de Trabajo Social.
- Palacios, Agustina. 2008. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Comité Español de Representantes de personas con discapacidad – CERMI / Ediciones Cinca.
- Paredes Chi, Arely Anahy y Castillo Burguete, María Teresa. 2018. Caminante no hay [un solo] camino, se hace camino al andar: Investigación Acción Participativa y sus repercusiones en la práctica. *Revista colombiana de sociología*, 41 (1): 31-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6583112>
- Pérez Ramírez, Berenice. 2017. *La relevancia de la mirada y la palabra en las estrategias de intervención de Trabajo Social*. México: UNAM.
- Pires Marques, Tiago. 2018. Illness and the politics of social suffering: towards a critical research agenda in health and science studies. *Revista crítica de ciências sociais*, número especial: 141-164.
- Romero García, Velvet. 2017. *Sexualidades recludas. Deseos clandestinos. Género, sexualidad, violencia y agencia en situación de reclusión*. Tesis de doctorado en Ciencia Social con especialidad en Sociología. México: Centro de Estudios Sociológicos, Colmex.
- Sheinbaum, Diana y Sara Vera. 2016. *Hacia un sistema de justicia incluyente. Proceso penal y discapacidad psicosocial*. México: Documenta A. C.
- Sider, Gerald. 1997. Against experience: The struggles for history, tradition, and hope among a Native American people. En *Between history and histories: The making of silences and commemorations*. Canadá: University of Toronto Press, 1997.
- Spedding, Alison. 1999. Sueños de salir. Vida en el Centro Penitenciario Femeni-

- no, Miraflores, La Paz, Bolivia. *Anthropology today*, 15(2): 11-17.
- Skeggs, Beverley. 2001. The toilet paper: Femininity, class and miss-recognition. *Women's Studies International Forum*, 24 (3-4): 295-307.
- Soss, Joe *et.al.* 2011. *Disciplining the poor. Neoliberal paternalism and the persistent power of race*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.
- Subsecretaría del Sistema Penitenciario. 2020a. *Centro Femenil de Reinserción Social*. <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/centros-de-reclusionion/centro-femenil-de-reinsercion-social> (consultado: 16 de octubre, 2020).
- Subsecretaría del Sistema Penitenciario. 2020b. *Población penitenciaria al 27 de marzo de 2020*. Gobierno de la Ciudad de México. <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/poblacion-penitenciaria> (Consultado: 17 de octubre, 2020).
- Subsecretaría del Sistema Penitenciario. 2020c. *Población con discapacidad psico-social al 27 de marzo de 2020*. Gobierno de la Ciudad de México. <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/poblacion-penitenciaria> (Consultado: 16 de octubre, 2020).
- Urdapilleta Carrasco, Jorge y Limón Aguirre, Fernando. 2018. Hacia una experiencia profunda dentro de la Investigación Acción Participativa. *Revista colombiana de sociología*, 41 (1): 111-131. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6583110>
- Wacquant, Löic. 2006. Castigar a los parias urbanos. *Antípoda. Revista Española de Sociología*, 15: 115-123.
- Wacquant, Löic. 2011. El matrimonio entre el *workfare* y el *prisonfare* en el siglo XXI. *Astrolabio*: 184-205.
- Yarza, Alexander, Sosa, Laura y Pérez, Berenice (coords.). 2019. *Estudios críticos en discapacidad. Una polifonía desde América Latina*. Argentina: CLACSO, UNAM.